

Hanna Sjöblom

KUNTOUTUSOHJAUS TÄYDENTÄMÄSSÄ TUKI- JA
LIIKUNTAELINPOTILAAN OHJAUSTA

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma
2016

KUNTOUTUSOHJAUS TÄYDENTÄMÄSSÄ TUKI- JA LIIKUNTAELINPOTILAAN OHJAUSTA

Sjöblom, Hanna

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma

Joulukuu 2016

Ohjaaja: Leppänen, Erja

Sivumäärä: 37

Liitteitä: 2

Asiasanat: tuki- ja liikuntaelinsairaudet, ohjaus, kuntoutus, toimintakyky, kuntoutusohjaus

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää minkälaista kuntoutumista ja toimintakykyä tukevaa ohjausta konservatiivisesti hoidettavat potilaat saavat Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) TULES-toimialueella. Lisäksi haluttiin selvittää, millä kuntoutusohjauksen keinoilla ohjausta voitaisiin täydentää. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä TYKS:n TULES-toimialueen kanssa. Toimialueella hoidetaan tuki- ja liikuntaelimestön sairauksia ja vammoja. Toiminta on sekä operatiivista että konservatiivista.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Opinnäytetyötä varten haastateltiin toimialueella toimivia lääkäreitä sekä fysio- ja toimintaterapeuttia. Yhteensä haastateltavia oli kahdeksan. Haastateltavat nimettiin toimialueen ylihoitajan toimesta siten, että kaikki vastuualueet, Traumojen hoitoa lukuun ottamatta, tulivat edustetuiksi. Traumojen hoito jätettiin opinnäytetyön ulkopuolelle, koska se poikkeaa merkittävästi toiminnaltaan muista vastuualueista. Lisäksi se on ainoa vastuualue, joka jo käyttää kuntoutusohjauksen palveluita.

Opinnäytetyössä todettiin, että kuntoutukseen ja toimintakykyyn liittyvää ohjausta annetaan, mutta se on melko kapea-alaista. Osittain ohjauksen kapea-alaisuus selittyi tiedon puutteella, koettiin ettei oma osaaminen riitä. Myös vastaanottoaikojen koettiin asettavan ohjaukselle rajat. Poikkeuksetta koettiin, että konservatiivisesti hoidettavien potilaiden ohjaus vaatii enemmän aikaa kuin leikattavien potilaiden ohjaus. Sisällöllisesti ohjauksen painopiste oli fyysisessä toimintakyvyssä ja lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Ohjauksen sisältö vaihteli melko paljon eri vastuualueiden välillä. Samoin vaihteli ohjauksen koettu tarve. Tämä selittyy pitkälti sillä, että hoidettavat potilasryhmät ovat vaihtelevia ja ne poikkeavat toisistaan merkittävästi.

Osittain toimialueella nähtiin tarvetta kuntoutusohjaukselle, mutta yksimielisiä sen suhteen ei oltu. Valtaosa haastateltavista tunnisti kuitenkin potilasryhmän, joka voisi kuntoutusohjauksesta hyötyä. Kuntoutusohjauksen keinoista nousi esiin ohjaus ja neuvonta liittyen kuntoutuksen palveluihin, etuuksiin ja taloudellisiin asioihin, ammatilliseen kuntoutukseen ja elämänhallintaan. Kuntoutusohjaaja nähtiin myös linkkinä ja koordinaattorina eri toimijoiden välillä.

REHABILITATION COUNSELLING AS A SUPPLEMENT IN MUSCULOSKELETAL PATIENTS GUIDANCE

Sjöblom, Hanna

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation Planning and Counselling

December 2016

Supervisor: Leppänen, Erja

Number of pages: 37

Appendices: 2

Key words: musculoskeletal disorders, counselling, rehabilitation, ability to function, rehabilitation counselling

The purpose of this thesis was to find out what kind of counselling in terms of rehabilitation and functional ability do conservatively treated patients receive in Turku university hospital (TYKS), the operational division of TULES. Furthermore, the purpose was to find out what methods of rehabilitation counselling could supplement patient guidance. This thesis was carried out in co-operation with TYKS operational division of TULES. The operational division treats musculoskeletal disorders and injuries. The practice is both operative and conservative.

The thesis was conducted as qualitative research and the material was collected in theme-based interviews. For the purposes of this thesis, eight professionals, including doctors, physio- and occupational therapists working in the operational division of TULES, were interviewed. The director of nursing of the operational division chose the interviewees in such a way that all sections, with the exception of Trauma treatment, were represented. Trauma treatment was excluded from the thesis, because its operation is significantly different from other sections and in addition it is the only section that already uses the services of rehabilitation counselling.

In this thesis it was discovered that counselling related to rehabilitation and ability to function is provided, but has a narrow scope. This is partly because of lack of knowledge. The interviewees believed that they didn't have enough skills and that the duration of the appointments set limits for the counselling. Without exception, everyone experienced that it took more time to counsel patients who received conservative treatment than patients receiving operative care. The main focus of the counselling was in functional physical ability as well as in medical rehabilitation. The content of counselling was different in every section. The interviewees experienced that the need for counselling also varied, which can be explained by the fact that patient groups differed greatly from each other.

To some extent, the operational division could see the need for rehabilitation counselling, but were not unanimous about the subject. However, most of the interviewees could identify a group of patients who could benefit from rehabilitation counselling. From the methods of rehabilitation counselling stood out counselling concerning rehabilitation services, social benefits and economic concerns, vocational rehabilitation and life management. Rehabilitation counsellor was also seen as a link and coordinator between different operators.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUDET.....	7
2.1 TULE-sairaudet ja niiden yleisyys.....	7
2.2 TULE-sairauksien riskitekijät	8
2.3 TULE-sairauksien vaikutus työ- ja toimintakykyyn	8
2.4 TULE-sairaahan ohjauksen tarve.....	9
2.5 Moniammatillisuuden merkitys TULE-sairaahan hoidossa.....	10
3 TOIMINTAKYKY JA ICF –TOIMINTAKYKYMALLI TOIMINTAKYVYN ARVIOINNIN TUKENA	10
4 MONIALAINEN KUNTOUTUS.....	13
4.1 Kuntoutuksen osa-alueet	14
4.2 Kansaneläkelaitoksen TULES-kuntoutus	14
5 KUNTOUTUSOHJAUS JA SEN PIIRTEET ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA..	15
6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	18
7.1 Kohderyhmä	18
7.2 Tutkimusmenetelmä	18
7.3 Aineiston keruu	20
7.4 Aineiston analyysi	20
8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	21
8.1 Ohjauksen sisällöt TULES-toimialueella.....	21
8.2 Kuntoutusohjaus potilasohjauksen täydentäjänä.....	27
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	29
10 POHDINTA	31
10.1 Opinnäytetyön luotettavuus	31
10.2 Opinnäytetyön eettisyys	33
LÄHTEET	35
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSH) on kuntayhtymä joka määritetään erikoissairaanhoitolaissa ja kuntalaissa. Sairaanhoitopiiri koostuu 29 kunnasta ja kaupungista sekä Turun yliopistosta. Kuntayhtymä vastaa erikoissairaanhoidon järjestämisestä omalla alueellaan. Sairaanhoitopiirin tehtävä on järjestää erikoissairaanhoidon palvelut jäsenkuntiensa alueella, sekä huolehtia erityistason sairaanhoidosta erityisvastuualueellaan. Lisäksi sairaanhoitopiiri myy palveluita muillekin asiakkaille, sekä opettaa ja tukee tieteellistä tutkimusta. Sairaanhoitopiirin arvot ovat potilaslähtöisyys, oikeudenmukaisuus, henkilöstön hyvinvointi, jatkuva uudistuminen, tehokkuus ja demokratia. Potilaslähtöisyys merkitsee, että sairaanhoitopiirissä ollaan potilaita varten. Näistä arvoista tärkein on potilaan hyväksi toimiminen. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri kuuluu *Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot* yhdistykseen. Toiminnan tavoitteena on lisätä ihmisten kykyä hallita ja parantaa omaa terveydentilaansa ja hyvinvointia. Tämä tarkoittaa sitä, että terveyden ja hyvinvoinnin näkökulma tulisi sisällyttää kaikkeen toimintaan jatkuvan parantamisen periaatteen mukaisesti. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2016a, 5, 10.)

Turun yliopistollinen keskussairaala (TYKS) on osa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriä. TYKS palvelee neljässä eri kaupungissa; Turussa, Salossa, Loimaalla ja Uudessakaupungissa. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (TULES) on yksi TYKS:n toimialueista. TULES-toimialueella hoidetaan tuki- ja liikuntaelimistön sairauksia sekä tapaturmaisia vammoja. Tuki- ja liikuntaelinsairaahan potilaan operatiivisen hoidon rinnalla kulkee vahvasti myös konservatiivinen hoito. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin [www-sivut](http://www.sivut.fi).)

Vuoden 2015 lopussa VSSH:n alueella oli 477 372 asukasta. Kyseisen vuoden aikana palvelua VSSH:ssä sai yli 210 000 eri henkilöä. Kasvua edelliseen vuoteen verrattuna on 1,4 %. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2016a, 13-16.) Vuonna 2015 TULES-toimialueelle tuli lähetteitä yli 13 200 kappaletta, joista noin 10 % pa-

lautettiin suoraan lähettäviin yksiköihin hoito-ohjeiden kera. Avohoitokäyntejä toimialueella oli 60 020 ja leikkauksia tai toimenpiteitä 8600. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2016b, 2-3.) Puhutaan siis merkittävistä potilasmääristä.

Sekä potilaat että yhteiskunta vaativat TULES-hoidolta enemmän kuin aikaisemmin. Työkyvyn ja harrastusmahdollisuuksien merkitys on korostunut. Enää ei riitä vain kivun poistaminen. Toimintakyvylle asetetut odotukset ovat muuttuneet ja sen myötä myös haasteet hoidolle kasvaneet. Haasteita lisää myös kilpailuasetelma julkisen ja yksityisen palveluntuottajan välillä. (Lehtikunnas & Virolainen 2014, 37-38.)

Lääkäriltä vaaditaan nykyään yhä enemmän tietämystä toiminta- ja työkyvystä sekä niiden arvioinnista ja kuntoutuksen periaatteista. Kuntoutuksen erillinen opintojakso löytyy vain Itä-Suomen yliopiston lääketieteellisestä tiedekunnasta. Muissa yliopistoissa kuntoutuksen opetusta on sisällytetty mm. fysiatrian ja vakuutus- ja työlääketeen kursseihin. Lääkäriliiton myöntämä kuntoutuksen erityispätevyys on perustettu vuonna 2001. Sen tavoitteena on erikoisalakohortaisen tietämyksen syventäminen kuntoutuksesta, sekä sen hyödyntäminen käytännön kuntoutustyössä ja asiantuntijatehtävissä. (Kallinen ym. 2015, 2680-2681.) Eri ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmien mukaan fysio- ja toimintaterapeuttien opinnoista keskimäärin 5-10 opintopistettä liittyy kuntoutuksen palvelujärjestelmään. Apuvälineistä ja lääkinnällisestä kuntoutuksesta molemmat koulutusohjelmat antavat kattavat tiedot. Näiden tietojen pohjalta voidaan miettiä, voisiko kuntoutusohjauksella täydentää potilaan saamaa ohjausta TULES-toimialueella.

Tällä hetkellä TULES-toimialue on ostanut asiantuntijapalveluista yhden kuntoutusohjaajan työpanoksesta 10 %. Vuonna 2015 Käsikirurgian vastuualue käytti tuosta työpanoksesta 4,0 tuntia, Reumaortopedia 1,3 tuntia ja Traumojen hoito 95,3 tuntia. Muut vastuualueet eivät käyttäneet kuntoutusohjausta. (Rajalin henkilökohtainen tiedonanto 8.2.2016.)

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Turun yliopistollisen keskussairaalan TULES-toimialue. Aihe nousi toimialueen tarpeista. Potilasohjausta on tutkittu toimialueella aikaisemminkin, mutta kuntoutuksen ja toimintakyvyn näkökulma on uusi ja ajan-kohtainen.

2 TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUDET

2.1 TULE-sairaudet ja niiden yleisyys

Yleisimpiä tuki- ja liikuntaelinten sairauksia ovat erilaiset selkävaivat, niveltulehdukset, nivelrikko sekä niskahartiakipu ja olkapään sairaudet. On tutkittu, että noin joka kuudes potilas tulee avohoidon lääkärin vastaanotolle tuki- ja liikuntaelinvaivojen vuoksi. Vuosittaisia avohoitokäyntejä Suomessa on yli kolme miljoonaa. (Pohjolainen 2005, 12-13.) Puhutaan siis varsin yleisestä vaivasta.

Alaselän kiputilat ovat yleisiä. 17% aikuisista kärsii pitkäaikaisista alaselän vaivoista ja yleisimpiä ne ovat 55-64-vuotiailla. Tutkimuksen mukaan joka toinen selkäoireytymä heikensi toimintakykyä ja työkyvyttömyydestä 9% johtui selkäsairauksista. (Heliövaara & Riihimäki 2005, 168.) Pitkittyneen selkävaivan hoidossa moniammatillinen näkökulma on tarpeen, jotta löydetään oikeat kuntoutustoimenpiteet. Tämä edellyttää tiivistä yhteistyötä hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien osapuolien välillä. (Lindgren 2005, 181.)

Nivelreuma on verrattain harvinainen, mutta se on nivelrikon ohella eniten vaikeaa toimintakyvyttömyyttä aiheuttava sairaus. Suomalaisten säännöllisestä avuntarpeesta n. 6% johtuu nivelreumasta. (Heliövaara & Riihimäki 2005, 166.) Nivelreuman hoito sisältää paljon kuntoutusta ja tauti kuvastuukin vaikeaa toimintakyvyttömyyttä aiheuttavana sairautena. Suhteellisesta harvinaisuudesta huolimatta sen kansanterveydeliset vaikutukset ovat suuret. (Pohjolainen 2005, 13.)

Nivelrikko on yleisin nivelsairaus niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa. Se yleistyy iän myötä, ja 65-vuotta täyttäneistä jo yli puolet sairastaa nivelrikkoa. (Pohjolainen 2005, 13-14.) Nivelrikkoa voi olla missä tahansa nivelessä, mutta eniten toimintakykyä heikentää alaraajojen suurten nivelten, eli lonkan ja polven, nivelrikko. Nivelrikko myös lisää merkittävästi kirurgisen hoidon ja kuntoutuksen tarvetta. (Heliövaara & Riihimäki 2005, 166-167.)

Niskahartiakipu pitkäaikaisena oireyhtymänä on alaselän kipuja harvinaisempi. Kuitenkin n. 25-40% yli 30-vuotiaista suomalaisista kertoi kärsineensä jommastakum-

masta viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Pitkäaikainen olkanivelen sairaus on noin viidellä prosentilla 30-vuotta täyttäneistä suomalaisista. Olkanivelen sairauksiin liittyy usein toiminnallista haittaa ja tästä syystä ne aiheuttavat myös työkyvyttömyyttä. (Pohjolainen 2005, 13.)

Edellä mainittujen sairauksien lisäksi tuki- ja liikuntaelimestön oireita ja toiminnanrajoituksia aiheuttavat tapaturmien seurauksina syntyvät vammat (Heliövaara & Riihimäki 2005, 164). Niistä yleisimpiä ovat murtumat ja venähdykset. Iäkkäiden ihmisten kaatumistapaturmat sekä niistä johtuvat murtumat ovat yleisiä ja ne aiheuttavat suurta kansanterveydellistä ongelmaa. (Pohjolainen 2005, 14.)

2.2 TULE-sairauksien riskitekijät

Kansainvälisesti on todettu, että TULE-sairauksien synnyssä ratkaisevia tekijöitä ovat ikä, fyysinen aktiivisuus, ruokavalio, alkoholi, tupakointi ja tapaturmat. Näin ollen liikuntaharrastus, ihannepaino, tupakoinnin vähentäminen, alkoholin kohtuukäyttö sekä riittävästi kalsiumia ja D-vitamiinia sisältävä ruokavalio ennaltaehkäisisi TULE-sairauksia. Suomessa vastaavia riskitekijöitä ovat lihavuus, liikunnan vähyys, työhön liittyvä fyysinen kuormitus, tupakointi, runsas alkoholin käyttö, ravintotekijät, estrogeenin puute, masennus, työhön liittyvä psyykkinen kuormitus, aistien toimintaa huonontavat tekijät sekä yleinen terveydentila. Näihin tekijöihin voidaan vaikuttaa elintapa- ja työolotekijöillä. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen diagnosointiin. Kansallisessa tuki- ja liikuntaelin –ohjelmassa (2008-2015) korostetaan tiedon ja hoidonohjauksen merkitystä. Myös toimiva yhteistyö eri toimijoiden välillä on keskeistä tehokkaan ja taloudellisen hoidon toteuttamisessa. (Valkeapää 2014, 164.)

2.3 TULE-sairauksien vaikutus työ- ja toimintakykyyn

Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ovat Suomessa yleisin työkyvyttömyyden syy. Hoidon ja kuntoutuksen viivästyminen heikentää toiminta- ja työkykyä sekä elämänlaatua. Lisäksi terveystalouden käyttö lisääntyy ja tästä aiheutuu kustannuksia sekä

potilaalle että yhteiskunnalle. (Karppinen, Peltö-Vasenius & Pohjolainen 2012, 2287.)

Vuonna 2010 sairausperusteisille työkyvyttömyyseläkkeille (täysi työkyvyttömyyseläke, osatyökyvyttömyyseläke, täysi kuntoutustuki) siirtyi 39 % kaikista kunnallisen eläkelain mukaiselle eläkkeelle siirtyneistä. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet olivat yleisin työkyvyttömyyden syy, toiseksi sijoittuivat mielenterveyden häiriöt. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirrytään keskimäärin 56,3 vuoden iässä, jolloin työssäoloaikaa olisi jäljellä vielä vuosia. Joka kymmenes tuki- ja liikuntaelinsairauden perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle siirtynyt on 35–49 -vuotias. Lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen avulla voidaan tukea henkilön työkykyä ja työssä jatkamista. (Kuntatyönantajat 2012, 2-5.) Tärkeää olisi, että TULE-sairaat saisivat tiedon niistä kuntoutuksen menetelmistä, joilla työ- ja toimintakykyä voidaan lisätä ja ylläpitää. Myös vastuunjaon tulisi olla selkeä, jotta kaikille hoitoon osallistuville on selvää kenelle vastuu kuntoutuksesta ja kuntoutusohjauksesta milloinkin kuuluu.

2.4 TULE-sairaahan ohjauksen tarve

Potilaan ohjaus voi olla yhdistelmä eri menetelmistä. Se voi olla ohjausta, opettamista, sosiaalista tukea ja tiedottamista. Tavoitteena on vaikuttaa potilaan tietoisuuteen ja terveyskäyttäytymiseen. Myös keskustelumahdollisuuden tarjoaminen on osa potilasohjausta. Erään määritelmän mukaan potilasohjaus on reflektiivinen prosessi, jossa ohjaaja ja potilas työskentelevät yhdessä löytääkseen ratkaisuja. (Mäkeläinen 2009, 22.)

TULE-sairauksien hoidossa asiantunteva ja ajan tasalla oleva ohjaus on avainasemassa. Hyvä potilasohjaus korostuu TULE-sairauksien kohdalla, sillä niissä keskeistä on itsehoito. Ilman asianmukaista ohjausta itsehoitoa on mahdoton toteuttaa. Potilaalla on oikeus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja saada siihen riittävästi tietoa. Tähän velvoittaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Tavoiteltavassa potilasohjauksessa lähtökohtana on potilaan yksilölliset tiedon tarpeet sekä odotukset. Lisäksi ohjauksessa tulisi aina huomioida potilaan elämäntilanne. Tällai-

sella ohjauksella voidaan lisätä potilaan voimavaroja ja elämänhallintaa. Osallistavan ja voimavaraistavan ohjauksen merkitys on suuri, on sitten kyse ennaltaehkäisystä tai itse sairauden hoidosta. On tärkeää, että ihminen itse tietää mitä hän voi tehdä edistääkseen omaa terveyttään ja hoitoaan. Osallistava itsehoidon ohjaus, jossa lähtökohdana on potilaan oma tilanne, edesauttaa hyvien ohjaustulosten saavuttamista. Tällöin potilas kokee saaneensa yksilöllisiä neuvoja ja olevansa oman tilanteensa asiantuntija. (Valkeapää 2014, 165-167.)

2.5 Moniammatillisuuden merkitys TULE-sairaalan hoidossa

TULE-sairauksien huonoon kuntoutumistulokseen vaikuttaa oleellisesti akuutin vaiheen hoito, sen joustavuus, asiantuntevuus, saatavuus ja viiveettömyys. Tämän turvaamiseksi pitäisi sairaanhoitopiireittäin sopia hoitoonohjaus-, konsultaatio- ja kuntoutusjärjestelmästä. Lääketieteen perinteisestä vahvasta erikoistumisesta olisi päästävä usean ammattiryhmän järjestelmälliseen yhteistyöhön. Hoitoa tulisi tarvittaessa voida helposti laajentaa psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden alueelle. Esimerkiksi pitkittynyt sairausloma voi johtaa masentuneisuuteen, eristäytymiseen sekä korostuneeseen sairauskäyttäytymiseen. Tällöin tarvitaan jo laajempaa osaamista. Yli kolme kuukautta kestäneen vaivan helpottamiseksi tarvitaan usein sekä lääketieteen että käyttäytymistieteen ja sosiaalityön asiantuntemusta. Lisäksi hoitoa tulisi laajentaa kuntoutuksen suuntaan riittävän varhain. Parhaat tulokset saavutetaan oikea-aikaisella kuntoutustarpeen selvittelyllä ja kuntoutuksen aloituksella. (Alaranta, Paavolainen & Leirisalo-Repo 1994, 1431.)

3 TOIMINTAKYKY JA ICF –TOIMINTAKYKYMALLI TOIMINTAKYVYN ARVIOINNIN TUKENA

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen tärkeistä ja välttämättömistä arjen toiminnoista. Tällaisia toimintoja ovat mm. työ, opiskelu, vapaa-aika, harrastukset sekä itsestä ja toisista

huolehtiminen. Ihmisen toimintakyky riippuu myös ympäristön vaikutuksista. Asuin- ja elinympäristöön liittyvillä tekijöillä ja erilaisilla palveluilla voidaan tukea ihmisen toimintakykyä ja selviytymistä arjessa. Toimintakyky on keskeinen asia ihmisten hyvinvoinnin kannalta. Hyvä fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä niitä tukeva ympäristö auttavat ihmisiä voimaan hyvin sekä löytämään paikkansa yhteiskunnassa ja jaksamaan työelämässä. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen www-sivut 2016.)

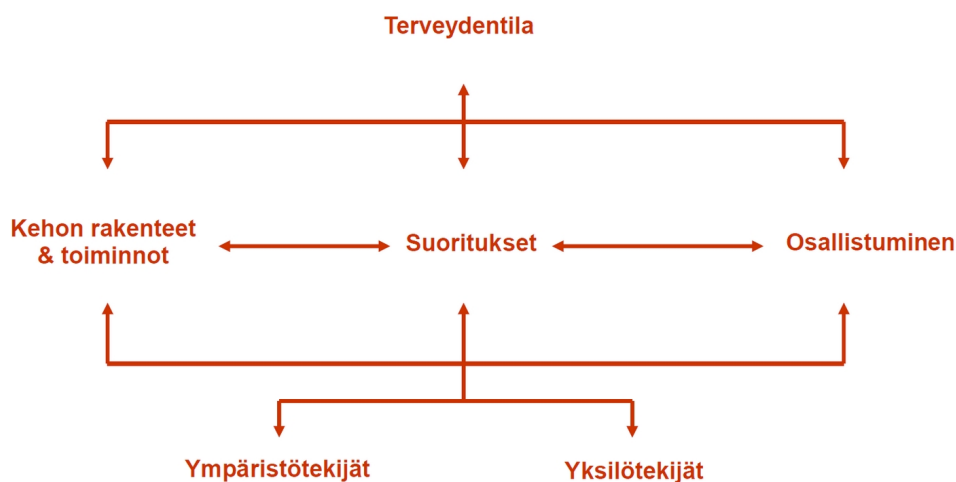
Toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa myös ihmisen kykyä selviytyä omia odotuksia vastaavalla, turvallisella, tavalla itselle merkityksellisistä arjen toiminnoista omassa elinympäristössä. Se on keskeinen osa ihmisen hyvinvointia. Toiminnanvajauksesta puhutaan silloin kun ihmisen toimintakyky ei riitä ympäristön ja hänen itsensä asettamiin vaatimuksiin. (Konsensuslausuma 2012, 48.) Toimintakyky on elämän perusedellytys, koska sitä tarvitaan työhön, harrastuksiin ja arjesta selviytymiseen. Toimintakyky saattaa vaihdella ympäristön ja olosuhteiden mukaan. Keskeistä on, miten yksilö selviää itsensä ja yhteiskunnan asettamista odotuksista. Yksilön omat odotukset ja toiveet ovat toimintakyvyn arvioinnin kannalta keskeisiä. Toimintakyvyn arviointiin tarvitaan monialaista näkökulmaa. (Sulander & Pohjolainen 2010, 72.)

TULE-sairaudet vaikuttavat ihmisen toimintakykyyn kokonaisvaltaisesti. TULES-kivuista kärsivien hoidossa ja kuntoutuksessa tulisi ottaa huomioon fyysisten seikkojen lisäksi myös psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Yleisesti suositellaan biopsykososiaalisen selvittelyn aloittamista kun TULE-vaiva on kestänyt yli kaksi kuukautta. (Heikkonen 2005, 37.) TULE-sairauksien aiheuttamalla kroonisella kivulla on sekä fyysisiä että henkisiä vaikutuksia. Fyysisesti kipua aiheuttaa lihasjännitys, heikentynyt lihasten toimintaa, liikerajoituksia sekä yleistä toimintakyvyttömyyttä. (Koho 2015, 16.) Henkisesti kipua aiheuttaa ihmisessä tietynlaista kipukäyttäytymistä ja kivusta tulee osa sosiaalista vuorovaikutusta. Kroonisesta kivusta kärsivälle ihmiselle tyypillisiä piirteitä ovat masentuneisuus, ärtyvyys, ahdistuneisuus, unihäiriöt, seksuaalisen mielenkiinnon puute ja sosiaalisten kontaktien väheneminen. Nämä kaikki asiat vaikuttavat ihmisen toimintakykyyn. (Ihalainen, Kettunen, Kähäri-Wiik & Vuori-Kemilä 2002, 212.)

WHO:n yleiskokous hyväksyi 22.5.2001 toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen, josta käytetään lyhennettä ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health). ICF on kansainvälinen standardi väestön toimintaedellytysten kuvaamiseen. Luokitus nostaa esille sosiaali- ja terveys- sekä yhteiskuntapolitiikan kannalta keskeiset teemat, esimerkiksi kuinka väestö selviää kotona, koulussa ja työssä. Tämä arkipäivässä pärjäämisestä huolehtiminen ja toimet sen edistämiseksi ovat yhteiskunnassa kaikkien toimialojen yhteinen haaste. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013, 4.)

ICF luokittelee toimintakykyä, toimintarajoitteita ja terveyttä. Se kuvaa yksilön toimintakykyä kokonaisvaltaisesti. ICF kuvaa toimintakyvyn moniulotteisena, vuorovaikutuksellisena ja dynaamisena tilana, joka koostuu terveydentilan sekä yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta (Kuva 1.). Tämä yhteisvaikutus on niin sanottu biopsykososiaalinen malli. Biopsykososiaalisessa mallissa toimintarajoitteet nähdään ihmisen terveyden ja konkreettisen elämäntilanteen vaatimusten välisenä epäsuhtana. Tämän epäsuhtan minimoimiseksi on ihmisen terveydentilaan liittyvien tekijöiden lisäksi otettava huomioon myös ympäristö- ja yksilötekijöiden vaikutus. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi erilaiset tuet ja palvelut, apuvälineet, työtilanne, perhe, harrastukset ja motivaatio. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2016.)

ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet



Kuva 1. ICF luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (THL)

ICF-luokitusta on suunniteltu käytettäväksi eri toimialoilla ja tieteenaloilla. ICF-luokituksella on useita eri tavoitteita. Sillä pyritään tarjoamaan tieteellinen perusta ymmärtää ja tutkia toiminnallista terveydentilaa sekä terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa, niiden vaikutuksia ja niiden määritteleviä tekijöitä. ICF:n tarkoitus on luoda yhteinen kieli ja näin parantaa eri käyttäjäryhmien viestintää. Se mahdollistaa tietojen vertaamisen terveydenhuollon erikoisalojen ja eri maiden välillä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 5.)

4 MONIALAINEN KUNTOUTUS

Kuntoutus on toimintaa, jonka tavoitteena on parantaa ihmisten toimintakykyä ja sosiaalista selviytymistä sekä edistää työkykyä. Kuntoutus on sisällöltään monialainen toimintakokonaisuus. Yleisesti ajatellaan, että kuntoutus on fyysisen kunnon parantamista ja fysioterapiaa, vaikka kuntoutus tosiasiallisesti sisältää paljon muutakin kuin lääkinnällistä kuntoutusta. Monet yhteiskunnalliset muutokset vaikuttavat siihen, millaisena kuntoutusta toteutetaan. 2000-luvulla on kiinnitetty erityistä huomiota työurien pidentämiseen ja ihmisten työssä jaksamisen tukemiseen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 8-9.)

Kuntoutuksella tuetaan ihmisten itsenäistä selviytymistä ja hyvinvointia arkielämässään. Se on tukea, sitoutumista ja yhteistyötä. Kuntoutuksen tavoitteena on edistää kuntoutujan osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä. Sillä voidaan lisätä yksilön voimavaroja, toimintakykyä ja hallinnan tunnetta. Kuntoutuksella voidaan myös kohentaa ympäristön tarjoamia toimintamahdollisuuksia kuntoutujalle. Kuntoutus voi perustua sekä yksilö- että ryhmätyöskentelyyn, ja joskus siinä käytetään hyväksi lähiyhteisöjen sosiaalisia verkostoja. Kuntoutuminen merkitsee yksilölle muutosta, kasvua ja oppimisprosessia, ja sen vaikutukset voivat olla monenlaisia. Kuntoutuminen voi tuottaa voimaantumista ja elämänhallintaa ja sitä kautta parempaa terveyttä ja hyvinvointia sekä onnellisuutta. Sen avulla voi saavuttaa tasapainoisemman ja turvallisemman elämäntilanteen. (Kuntoutusportin www-sivut 2016.)

Kuntoutus-käsitteen alle luetaan usein toimintaa, joka sinne ei tosiasiallisesti kuulu. Kaikki terveyttä ja hyvinvointia tukeva ja edistävä toiminta ei ole kuntoutusta. Kuntoutuksen piirteitä ovat suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus, toiminnallisuus, intensiivisyys, kokonaisvaltaisuus, prosessimaisuus, pitkäjänteisyys sekä toiminnan seuranta ja arviointi. Vaikuttava, oikea-aikainen ja kustannustehokas kuntoutus edellyttää asiakkaan ja hänen toimintakykynsä asettamista toiminnan ytimeen sekä siirtymistä pois järjestelmä- ja asiantuntijakeskeisyydestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 16-18.)

4.1 Kuntoutuksen osa-alueet

Kuntoutus jaetaan neljään eri osa-alueeseen sisällön ja toimintatapojen mukaan. Osa-alueet ovat toimintakykykuntoutus, ammatillinen kuntoutus, kasvatuksellinen kuntoutus ja sosiaalinen kuntoutus. Luokituksen tarkoitus on selkiyttää organisaatioiden ja ammattiryhmien työnjakoa. Lääkinnällisellä kuntoutuksella tarkoitetaan fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä parantavia toimenpiteitä, esimerkiksi fysio- ja toimintaterapiaa. Ammatillisella kuntoutuksella tarkoitetaan toimenpiteitä, joilla tuetaan kuntoutujan mahdollisuuksia saada tai säilyttää hänelle soveltuva työ. Kasvatuksellisessa kuntoutuksessa on usein kyse ihmisen kehitysprosessin tukemisesta. Kasvatuksellinen kuntoutus viittaa usein kehitysvammaisiin sekä erityistä tukea tarvitseviin lapsiin ja nuoriin. Sosiaalisella kuntoutuksella pyritään sosiaalisen toimintakyvyn parantamiseen sekä mahdollistamaan monipuolinen osallisuus yhteiskuntaan. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 20-22.)

4.2 Kansaneläkelaitoksen TULES-kuntoutus

Kansaneläkelaitos (Kela) järjestää sairausryhmäkohtaisia kuntoutuskursseja. Ne ovat harkinnanvaraista kuntoutusta ja kuntoutuja hakee niille itse. Kuntoutuskurssille hakemiseen vaaditaan lääkärin B-lausunto tai muu vastaava selvitys. TULES-kurssit on jaettu omiin alaryhmiinsä, tällaisia ryhmiä ovat mm. nivelreuma, selkärankareuma, fibromyalgia, selkäsairaudet, alaraajan suurten nivelten sairaudet ja niskan, hartian ja/tai yläraajan TULE-sairaudet. Kurssit voivat olla joko kuntoutuskursseja tai sopeutumisvalmennuskursseja ja ne voivat olla joko laitospuolisia tai avomuuotoisia. Pää-

asiassa nämä kurssit keskittyvät toimintakyvyn muutokseen tai heikkenemiseen, elämänhallintaan, itsehoidon tukemiseen, työssä selviytymiskeinojen löytämiseen sekä kuntoutuksen ja terveiden elämäntapojen ymmärtämisen merkitykseen. Kurssit on tarkoitettu joko työelämässä oleville tai sinne palaaville, tai työelämästä pois jääneille. (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2016.)

Kelan järjestämästä kuntoutusohjelmasta vastaa moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu erikoislääkäri, fysioterapeutti ja psykologi. Työelämässä olevien kursseilla on lisäksi mukana työelämän asiantuntija. Työelämästä poissa olevien kursseilla on vastaavasti sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Henkilökohtaisiin, yksilöllisiin tavoitteisiin pyritään käytännön harjoittelujen ja tekemisen avulla. Lisäksi kurssilla on yksilöllisiä tapaamisia ja haastatteluja kuntoutuksen työryhmän jäsenten ja erityis-työntekijöiden kanssa. (Kansaneläkelaitoksen www-sivut 2016.) Fysiatrian puolella ollaan huolestuneita siitä, että TULE-potilaat jäävät ilman riittäviä tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalveluita. Koetaan, että nykytilanteessa sairaanhoitopiirien on keskityttävä pitämään leikkausjonot hoitotakuun rajoissa. Kelan lisäksi TULE-potilaiden lääkinnällinen kuntoutus toteutetaan joko erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa tai yksityisessä terveydenhuollossa. (Karppinen, Peltö-Vasenius & Pohjolainen 2012, 2287.)

5 KUNTOUTUSOHJAUS JA SEN PIIRTEET ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Kuntoutusohjausta järjestävät sekä kunnan sosiaalitoimi että erikoissairaanhoito. Kuntoutusohjaus on kuntoutusohjaajan toimesta tapahtuvaa ohjausta ja neuvontaa liittyen sairaudesta tai vammasta aiheutuvien psyykkisten, fyysisten tai sosiaalisten ongelmien selvittämiseen. Keskeistä kuntoutusohjauksessa on pitkäaikaissairaalan arjen sujuminen. Tarkoituksena on kuntoutusohjauksen avulla lisätä kuntoutujan hyvinvointia, elämänhallintaa, sosiaalista toimintakykyä sekä itsenäistä selviytymistä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2016.)

Kuntoutusohjaus poikkeaa lähestymistavaltaan perinteisestä lääke- ja hoitotieteen työskentelytavasta. Kuntoutusohjauksessa ei käytetä diagnosointia ja testauksia vaan sen lähestymistapa on enemmänkin humanistinen. Asiakkaan tietojen hankinta on vuorovaikutustapahtumaan perustuvaa ja siinä korostuu kuntoutujan omat kokemukset ja tunteet. Kuntoutusohjauksessa on nähtävissä ohjaava, neuvova, opastava ja informoiva työote. Kuntoutusohjaustyössä korostuu myös puhelimitse tehtävä työ asiakkaiden ja eri viranomaisten välillä. (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2010, 8.)

Kuntoutusohjaaja on erityistyöntekijä, joka tuntee sairastumisen ja vammautumisen tuomat muutokset ja vaikutukset oman potilasryhmänsä osalta. Työntekijä on perehtynyt oman kohderyhmänsä erityistarpeisiin ja on sosiaali- ja kuntoutuspalvelujärjestelmän asiantuntija. Eri sairausryhmien ensitieto, kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseista tiedottaminen omalle potilasryhmälle on yksi kuntoutusohjaajan työtehtävistä. Muita kuntoutusohjaajan keskeisiä tehtäviä ovat asiantuntijana ja koulutustehtävissä toimiminen sekä oman työn kehittäminen. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2016.)

Kuntoutusohjaus on kuntoutumisprosessiin liittyvää toimintaa. Se on monisuuntainen vuorovaikutustapahtuma, jossa merkittävänä työvälineenä on työntekijän oma persoonallisuus, kyvykyys ja luovuus. Kuntoutusohjaus suuntaa sairaaloista ulospäin ja sen pääpaino onkin asiakkaan normaalissa elinympäristössä. Siinä mielessä se poikkeaa erikoissairaanhoidossa tapahtuvasta muusta toiminnasta. Kuntoutusohjaus laajentaa erikoissairaanhoidon, usein sektoroitunutta, asiantuntijuutta monialaisempaan suuntaan. Kuntoutusohjaus verkostoituu perusterveydenhuoltoon, järjestöihin, työpaikoille sekä kunnan eri palveluihin. Se mahdollistaa kuntoutujan tukemisen oman elämänsä parempaan hallintaan. (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2010, 8.)

Erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaaja voi toimia yhdyshenkilönä silloin kun asiakkaan tilanne vaatii monialaista selvittelyä ja koordinointia, esimerkiksi sairaalan ja kodin, työpaikan sekä muiden hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien tahojen ja viranomaisten välillä. Kuntoutusohjaajan työnkuva erikoissairaanhoidossa vaihtelee asiakasryhmän mukaan. Pääpiirteet ovat kuitenkin hyvin samantyyppiset kaikilla erikoisaloilla. Kuntoutusohjaaja selvittää asiakkaan tilannetta sairaalassa ja hänen omassa elinympäristössään, kuten esimerkiksi kodissa ja työpaikalla. Kuntoutusoh-

jaaja myös arvioi kuntoutustarvetta ja muiden palvelujen tarvetta. Hän ohjaa ja neuvoo sairauteen tai vammaan liittyvistä erityispiirteistä, kuntoutuspalveluista ja tukimuodoista sekä ohjaa palvelujen ja tukimuotojen hakemisessa. Kuntoutusohjaaja on osana kuntoutuksen suunnittelua ja seurantaa ja tekee tarvittaessa lausuntoja esimerkiksi vammaispalvelulain mukaisia palveluja haettaessa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin www-sivut 2016; Pirkanmaan sairaanhoitopiirin www-sivut 2016; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin www-sivut 2016.)

Vuosina 2004-2005 toteutettiin Sosiaali- ja terveysministeriön rahoituksella hanke *Erikoissairaanhoidon mahdollisuudet kuntoutustoiminnan kehittäjänä*. Hankkeen tuloksena syntyi toimintamalleja, joissa kuntoutusohjaajalla on selkeä koordinaattorin rooli, ja kokonaisvastuu sairaus- ja vamma ryhmänsä asiakkaiden kuntoutumisen ohjaamisessa. Kuntoutusohjaaja toimii koordinaattorina ja yhdyshenkilönä perusterveydenhuoltoon, jossa hoito ja kuntoutus pääasiassa tapahtuvat. Tavoitteena on kaikkien sairaus- ja vamma ryhmien kuntoutusohjauspalveluiden kehittäminen siten, että ne vastaavat asiakasryhmän tarpeita mahdollisimman hyvin. (Mattsén, Mäkilä, Petersson & Sjögren 2008, 1, 37-38.)

6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tavoite oli selvittää minkälaista toimintakykyä ja kuntoutumista tukevaa ohjausta TULES-toimialueen konservatiivisesti hoidettavat potilaat saavat. Lisäksi tavoitteena oli selvittää millä kuntoutusohjauksen keinoilla heidän kuntoutumistaan ja toimintakykyään voitaisiin edistää. Konservatiivisesti hoidettavat potilaat valittiin siksi, että heidän hoitonsa ei ole yhtä systemaattista ja kontrolloitua suhteessa operatiivisesti hoidettavien potilaiden hoitoon. Vastuualueista opinnäytetyön ulkopuolelle jätettiin Traumojen hoito, sillä sen toiminta on päivystysluontoista ja näin ollen poikkeaa selvästi muista vastuualueista. Lisäksi Traumojen hoito on TULES-toimialueen ainoa vastuualue joka jo systemaattisesti käyttää kuntoutusohjauksen palveluita.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaista toimintakykyä ja kuntoutumista tukevaa ohjausta konservatiivisesti hoidettavat potilaat saavat TULES-toimialueella?
2. Millä kuntoutusohjauksen keinoilla voitaisiin edistää konservatiivisesti hoidettavan TULE-potilaan toimintakykyä ja kuntoutumista?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Kohderyhmä

Opinnäytetyön aineisto kerättiin TYKS:n TULES-toimialueella. TULES-toimialueeseen kuuluu seitsemän eri vastuualueita; Fysiatrია, Käsikirurgia, Reumaortopedia, Tekonivelkirurgia, Selkäpotilaan hoito, Traumojen hoito sekä Artro (olka-, polvi- ja jalkateräkirurgia). Kohderyhmäksi valittiin toimialueella toimivia lääkäreitä sekä fysioterapeutti ja toimintaterapeutti. Haastateltavat edustivat kaikkia TULES-toimialueen vastuualueita, pois lukien Traumojen hoito. Näin pyrittiin saamaan mahdollisimman kattava ja monipuolinen kuva ohjauksen sisällöstä. Sairaanhoitajia ei haastateltu, koska osastonhoitajille ja poliklinikkahoitajille suunnatun sähköpostikyselyn perusteella sairaanhoitajat eivät ole merkittävästi tekemisissä konservatiivisesti hoidettavien potilaiden kanssa. Haastateltavat nimettiin TULES-toimialueen ylihoitajan Tuija Lehtikunnaan toimesta. Ylihoitaja Tuija Lehtikunnas toimi myös opinnäytetyön yhteyshenkilönä.

7.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena haastattelututkimuksena ja aineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Laadullisessa tutkimuksessa on tyypillistä kokonaisvaltainen tiedonhankinta ja tieto kerätään todellisissa tilanteissa. Tutkija luottaa havaintoihin ja keskusteluun enemmän kuin mittareilla hankittuun tietoon. Tutkijan tavoitteena on

nostaa esiin odottamattomia seikkoja. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavan näkökulmat pääsevät esille ja kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 164.)

Haastattelu on sosiaalinen vuorovaikutustilanne, jonka avulla luodaan kuva jostakin ilmiöstä tai tapahtumasta. Haastattelun avulla voidaan välittää kuvaa haastateltavan ajatuksista, kokemuksista ja käsityksistä. Haastattelun tarkoitus on kerätä informaatiota ja se on ennalta suunniteltua päämäärähakuista toimintaa. Tutkimuksessa haastattelulla on välillinen arvo ja se on osa laajempaa tieteellisen päättelyn ketjua. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 41-42.) Haastattelun etu, verrattuna kyselyyn, on sen joustavuus. Haastattelijalla on mahdollisuus selventää ilmausten sanamuotoa, oikaista väärinkäsityksiä ja käydä keskustelua haastateltavan kanssa. Myös kysymysten järjestystä voidaan muokata tilanteen mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.)

Haastattelun lajiksi opinnäytetyössä valikoitui teemahaastattelu. Teemahaastattelussa haastattelu rajataan tiettyihin teemoihin. Haastateltaessa edetään näiden teemojen mukaan yksityiskohtaisten kysymysten sijaan. Koska teemahaastatteluun ei kuulu kysymysten tarkka määrittäminen riittää, että keskustelun päälinjoja on etukäteen hahmoteltu. Teemat ovat kaikille haastateltaville samat, se tekee menetelmästä puoli-strukturoidun. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47-48.) Teemahaastattelussa voidaan myös pohtia onko tarpeen esittää kaikki suunnitellut kysymykset kaikille haastateltaville. Yhdenmukaisuuden vaatimus vaihtelee tutkimuksesta toiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Teemahaastattelussa suunnittelun tärkeimpiä tehtäviä on haastatteluteemojen suunnittelu. Tutkittavat ilmiöt ja niitä kuvaavat käsitteet hahmottuvat teoriaan ja aikaisempaan tutkimustietoon perehdyttäessä. Teema-alueet ovat yksityiskohtaisempia kuin tutkimuskysymykset, ne ovat pelkistettyjä iskusanamaisia luetteloita. Haastattelutilanteessa teema-alueet toimivat haastattelijan muistilistana ja keskustelua ohjaavana kiintopisteenä. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 66.)

Teemahaastatteluille tyypillistä on haastattelujen tallentaminen. Se nopeuttaa haastattelujen toteuttamista sekä vähentää katkoja. Luontevan ja vapautuneen keskustelun aikaansaamiseksi olisi tutkijan pystyttävä toimimaan ilman kynää ja paperia. Lisäksi

on suotavaa, että tutkija muistaa ulkoa teema-alueet, jotta papereiden selailuun tulisi mahdollisimman vähän tarvetta. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 92.)

7.3 Aineiston keruu

Ennen aineiston keruun aloittamista anottiin tutkimuslupa VSSH:n TULES-toimialueelta. Aineiston keruu toteutettiin teemahaastatteluilla. Ennen haastattelua kaikki haastateltavat saivat erillisen tiedotteen opinnäytetyöstä ja sen aiheesta (Liite 1). Yhteensä haastatteluja oli 8. Haastattelut kestivät noin 15:stä minuutista tuntiin. Luotettavuuden lisäämiseksi pilotoin haastattelun teemat yhden fysioterapeutin haastattelulla.

Teeman 1 (Liite 2) aihealueiden pohdinnassa käytin apuna ICF:n kuntoutus- ja ympäristötekijöiden ydinlistoja sekä TULE-sairauksien ydinlistoja. Osa teema-alueista valikoitui aikaisemman teorian ja tutkitun tiedon pohjalta. Teeman 2 (Liite 2) aihealueet valittiin Kuntoutusohjausnimikkeistä. Teemoissa pyrittiin huomioimaan potilaan toimintakyvyn ja kuntoutumisen kannalta oleellisia aihealueita. Tätä kautta pyrittiin tuomaan esiin mahdollinen tarve kokonaisvaltaisemmalle ohjaukselle.

Haastattelut toteutettiin kesäkuussa 2016. Haastattelut tallennettiin digitaalisella sanelimella. Haastattelut etenivät sujuvasti, ilman katkoja. Haastattelut litteroitiin aineiston kertyessä. Kun heinäkuussa 2016 kaikki haastattelut oli litteroitu, hävitettiin tallenteet asianmukaisesti.

7.4 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Useat eri laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat jollakin tavalla sisällönanalyysiin. Laadullisen aineiston analyysin etenemisen kuvaamiseksi on esitetty runko jo vuosia sitten. Se lähtee siitä, että tutkija päättää mikä aineistossa on kiinnostavaa ja merkitsee ne. Seuraavassa vaiheessa merkityt asiat kerätään yhteen ja erilleen muusta aineistosta. Tämän jälkeen aineisto teemoitellaan tai tyypitellään ja viimeiseksi kirjoitetaan yhteenveto. (Sajajärvi & Tuomi 2009, 91-92.)

Kerätyn aineiston analyysi on tutkimuksen ydinasia. Laadullista aineistoa voidaan käsitellä tilastollisin menetelmin, mutta tavallisempia menetelmiä ovat teemoittelu, sisällönerittely ja diskurssianalyysi. Tutkijan ei ole tarpeen analysoida kaikkea aineistoa, vain tutkimuskysymysten kannalta merkityksellinen materiaali. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 221-225.)

Teemalla 1 pyrittiin saamaan vastauksia ensimmäiseen tutkimuskysymykseen. Teemaan 1 liittyvä aineisto ryhmiteltiin aihealueiden mukaan. Eri aihealueet koodattiin eri väreillä, jonka jälkeen tuloksia alettiin raportoida aihealueittain. Teemaan 2 liittyvästä aineistosta alleviivattiin toiseen tutkimuskysymykseen vastaavat kohdat. Tämän jälkeen aineisto jaettiin kahteen eri osaan. Ensimmäiseen osaan kerättiin aineisto liittyen kuntoutusohjauksen tarpeeseen ja toiseen osaan aineisto liittyen kuntoutusohjauksen menetelmiin. Teeman 2 tulokset raportoitiin näiden kahden otsikon alle.

8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

8.1 Ohjauksen sisällöt TULES-toimialueella

Haastattelut aloitettiin Teemasta 1. Teeman 1 aihealueiden avulla pyrittiin ohjaamaan keskustelua siten, että sisältö vastaisi mahdollisimman hyvin ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: Minkälaista toimintakykyä ja kuntoutumista tukevaa ohjausta konservatiivisesti hoidettavat potilaat saavat TULES-toimialueella? Haastattelun alussa pyydettiin kuvaamaan sen ohjauksen sisältöä, jota itse antaa silloin kun päädytään leikkauksen sijaan konservatiiviseen hoitolinjaan. Näkökulmana haastateltavia pyydettiin pitämään kuntoutuminen ja toimintakyky. Ajoittain keskustelu ohjautui myös leikkauspotilaisiin, mutta tämä materiaali jätetään luonnollisesti tulosten ulkopuolelle.

Kaikkia aihealueita ei käyty kaikkien haastateltavien kanssa läpi mikäli se ei tuntunut luontevalta tai merkitykselliseltä. Osa aihealueista linkittyi toisiinsa, jonka vuoksi niitä ei lähdetty kaikissa haastatteluissa erittelemään. Tukiverkosto oli ainoa aihe-

alue, jota ei käsitelty yhdenkään haastateltavan kanssa. Osittain tukiverkosto aiheena kulki yhdessä henkisen hyvinvoinnin kanssa.

Henkinen hyvinvointi

Henkinen hyvinvointi oli aihe, josta haastateltavien mukaan keskusteltiin pääasiassa potilaan aloitteesta. Suurimmaksi ongelmaksi koettiin vastaanottoaikojen lyhyys. Koettiin, että ei ole mahdollisuutta perehtyä potilaan tilanteeseen tällä tasolla. Osa koki myös, että ei ole keinoja potilaan auttamiseen henkisissä vaikeuksissa. Koettiin, että ei ole paikkaa mihin ohjata silloin kun selvä akuutin avun ja tuen tarve on olemassa. Ne haastateltavat, jotka kertoivat puhuvansa potilaan kanssa henkisestä hyvinvoinnista ja jaksamisesta, kokivat kuuntelemisen ja toimivan vuorovaikutuksen ainoaksi keinoksi auttaa. Yksi haastateltavista kertoi ohjanneensa kuntoutusohjaajalle tapauksessa, jossa potilaan tilanne oli moniongelmainen ja haastava. Myös oman kunnan perusterveydenhuoltoon ohjattiin. Se koettiin kuitenkin huonoksi vaihtoehdoksi siksi, että potilaan piti itse olla aktiivinen avun saamiseksi.

Valitettavasti mä koen ett meil on aika rajatut keinot

Haasteena on se, ett meil on niin saamarin kova kiire joka paikassa ja toivottavasti ihminen tulee kuulluksi

Kokonaisuutena haastattelujen perusteella voidaan vetää johtopäätös, että mitä pidempi vastaanottoaika tai hoitokontakti, sen laajemmin potilaan asioihin syvennettiin. Vastaanottoajat vaihtelevat TULES-toimialueella 15:stä minuutista jopa kahteen tuntiin. On selvää, että vastaanotoilla on sisällöllisesti merkittävä ero.

Unen laatu

Unenlaatua koskevia vastauksia saatiin vasta tarkentavilla kysymyksillä. Kukaan haastateltavista ei maininnut unenlaatua ohjauksen sisällöstä kysyttäessä. Lähes jokainen kertoi ottavansa unenlaadun potilaan kanssa puheeksi. Ainoastaan yksi haastateltavista kertoi, että unenlaadusta tulee puhetta vain jos potilas ottaa itse sen puheeksi. Unenlaadusta kysyttiin kuitenkin lähinnä kivun näkökulmasta, tarkoituksena selvittää kivun luonnetta.

Ett kyl mä sen unen kysyn, en sen takia että mä sen niin kun psykkistä tilaa mitenkään arvioisin

Mä kysyn leposärystä, mut en mä unenlaatu käyännös. Se on se kipunäkökulma

Yksi haastateltava toi esiin unen häiriintymisen mukanaan tuomat muut ongelmat.

Nää ihmiset on tosi ahdistuneita ja harmistuneita ja tota sellasii ett ne ihmiset on kyl valmiit vastaanottamaan niinku apua ja tietoa ja vinkkejä

Unenlaatua yritettiin parantaa pääasiassa kipulääkitystä tehostamalla tai muokkaamalla. Koska TULE-potilailla uni häiriintyy tavallisimmin juuri kivun vuoksi, ei unilääke ollut ensisijainen ratkaisu. Potilaita, joiden unenlaatu oli heikentynyt kivun vuoksi, saatettiin lisäksi ohjata tyynyjen ja ortoosien käytössä yöaikaan. Yksittäisissä haastatteluissa nousi esiin nukkumisasennot ja –olosuhteet sekä hengitysharjoitukset. Mikäli unenlaadun heikkeneminen ei liittynyt TULE-vaivoihin, ohjattiin potilaita ottamaan yhteyttä omaan terveystieteeseen.

Kivunhallinta

Kaikki haastateltavat kertoivat keskustelewansa kivunhallinnasta potilaiden kanssa. Kivunhallintaan liittyvän ohjauksen pääpaino oli selkeästi lääkkeellisessä kivunhoidossa. Kipulääkitystä selvitettiin, tehostettiin ja lääkkeen ottoaikoja voitiin muokata tarpeen mukaan. Myös kipulääkkeiden oikeanlaista käyttöä ohjattiin. Kivunhallintaan liittyvä ohjaus vaihteli jonkin verran sen mukaan oliko kyse akuutista kivusta, kroonisesta kivusta vai hermokivusta. TYKS:n kipupoliklinikkaa käytettiin tilanteissa, joissa potilaan kokonaistilanne vaati laajempaa ja tarkempaa arviointia tai jos kipu oli hankala ja tavanomaisella kipulääkityksellä huono vaste. Kipupoliklinikan käyttö oli kuitenkin vaihtelevaa. Kipupoliklinikalla potilaat saavat moniammatillista apua ja tukea kivunhoitoon.

Lääkkeettömistä kivunhallinnan menetelmistä kerrottiin selvästi vähemmän kuin lääkkeellisistä. Yksi haastateltavista kertoi ohjaavansa lääkkeetöntä kivunhoitoa vain

satunnaisesti, lähinnä sellaisten potilaiden kohdalla, jotka eivät halua käyttää kipulääkkeitä. Tavallisin lääkkeetön kivunhallinnan menetelmä jota potilaille ohjattiin, oli kylmän ja lämpimän käyttö. Lisäksi useampi kertoi kannustavansa potilaita liikumaan ja käyttämään kipeää raajaa tai niveltä kivun rajoissa. Liikunnan lisäksi myös painonhallinta kivun ennaltaehkäisyssä ja -hoitona nousi esille yhdessä haastattelussa. Lepoasennot, liikkeen ja asennon hallinta, ortoosit, tuet, apuvälineet ja hengitys- ja rentoutusharjoitukset nousivat esille vain yksittäisissä haastatteluissa.

Painonhallinta

Paino ja pituus ovat asioita, jotka tulevat kysytyksi jo esitietolomakkeessa potilaan hoidon siirtyessä perusterveydenhuollosta TULES-toimialueelle. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaan mahdollinen ylipaino on usein tiedossa jo potilaan saapuessa ensimmäiselle poliklinikkakäynnilleen. Osa kertoi ottavansa painonhallinnan puheeksi aina jos potilaalla on ylipainoa ja osa kertoi ohjaavansa painonhallintaa tavallisesti vain silloin jos potilas itse ottaa sen puheeksi. Tämä vaihtelu liittyy osittain myös hoidettavien vaivojen vaihteluun, kaikissa vaivoissa ei ylipainolla ole niin merkittävää roolia. Useampi haastateltava koki, että oma osaaminen painonhallintaan liittyvässä ohjauksessa ei ole riittävä. Osa kuitenkin kertoi tarvittaessa käyvänsä läpi ravitsemukseen liittyviä perusasioita. Vain satunnaisesti ohjattiin ravitsemusterapeutille perusteellisempaa ohjausta varten. Yksi haastateltavista kertoi ohjaavansa ravitsemukseen liittyviä asioita luutumisen ja kudosten paranemisen näkökulmasta.

Apuvälineet ja päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen

Opinnäytetyön tuloksissa päätettiin yhdistää apuvälineet ja päivittäisissä toiminnoissa suoriutuminen, sillä vastauksissa ne yhdistyivät ja kulkivat vahvasti rinnakkain. Kaikki haastateltavat kertoivat ohjaavansa apuvälineiden käyttöä tarvittaessa. Tavallisimmin ohjaus koski liikkumisen apuvälineitä. Päävastuu apuvälineiden käytön ohjauksesta oli selkeästi sekä fysioterapeuteilla että toimintaterapeuteilla. Tämä nousi esiin useammassa haastattelussa. Joidenkin haastateltavien työnkuvaan kuuluivat apuvälinekartoitukset, ja tarvittaessa he myös luovuttivat apuvälineitä käyttöön. Apuvälineiden käyttöä eniten ohjaavat kokivat hyväksi asiaksi apuvälineiden helpon saatavuuden. Kirurgisessa sairaalassa, johon TULES-toimialueen toiminta on pääasi-

assa keskittynyt, on oma pienimuotoinen pienapuvälinevarasto. Lisäksi samassa rakennuksessa sijaitsee kunnan apuvälineyksikkö. Laajempien kodinmuutostöiden suhteen ohjattiin kääntymään oman kunnan puoleen. Yksi haastateltavista kertoi ottavansa yhteyttä kuntoutusohjaajaan tilanteissa, joissa potilaan kotona selviytyminen vaati laajempaa selvittelyä.

Työkyky, työskentely ympäristö ja ammatillinen kuntoutus

Työkyky oli yksi niistä aihealueista, jonka suurin osa haastateltavista otti puheeksi ilman tarkentavia kysymyksiä. Työkykyä arvioitiin suurimmaksi osaksi sairausloman tarpeen näkökulmasta. Laajemman ammatillisen kuntoutuksen päävastuu oli poikkeuksetta työterveyshuollolla. Useampi haastateltava nosti esiin kolmikantaneuvottelut ja osatyökykyisyyden, ne koettiin oikeansuuntaisena muutoksena joustavan työhön paluun edistämisessä. Työterveyshuollon lisäksi potilaita ohjattiin TYKS:n kuntoutustutkimuspoliklinikalle ammatillista selvittelyä varten. Kuntoutustutkimuspoliikkia käytettiin pääasiassa tapauksissa, joissa potilaalla ei ollut työterveyshuoltoa. Osa lääkäreistä kertoi kirjoittaneensa E-lausuntoja vakuutusyhtiöiden ammatilliseen kuntoutukseen ja vain yksi haastateltava kertoi säännöllisesti ohjaavansa potilaita Kelan järjestämään ammatilliseen kuntoutukseen. Yksi haastateltavista nosti esiin kuntoutustutkimuspoliklinikan pitkät jonot ja kertoi tästä syystä sen käytön vähentyneen aiempaan verrattuna. Työskentely ympäristöön liittyvää ohjausta annettiin vain satunnaisesti. Silloin kun ohjausta annettiin, se sisälsi lähinnä apuvälineisiin, työergonomiaan ja työn kuormittavuuteen liittyviä neuvoja.

Useampi haastateltava koki ongelmaksi sen, että linkki työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon väliltä puuttuu ja tästä syystä tiedon kulku on huonoa molempiin suuntiin. Tiiviimmällä yhteistyöllä voitaisiin edistää potilaan työssä pärjäämistä.

Virkistäytyminen, vapaa-aika ja harrastukset

Useat kertoivat antavansa harrastuksiin ja liikuntaan liittyvää ohjausta, mutta valtaosa antoi ohjeita pääsääntöisesti vain silloin jos potilas itse ottaa aiheen puheeksi. Ohjaus liittyi enimmäkseen rohkaisemiseen, korjattiin harhaluuloja siitä ettei saisi liikkuu ja harrastaa. Lisäksi rohkaistiin tekemään asioita, jotka eivät aiheuta kipua ja

tuntuvat itselle sopivilta ja mukavilta. Yksi haastateltavista kertoi antavansa ohjeita liittyen liikuntaharrastuksissa käytettäviin apuvälineisiin ja niiden kustantamiseen. Soveltava liikunta tai muu virkistystoiminta ja vapaa-aika ei noussut esiin haastattelussa.

Taloudellinen tilanne sekä tuet ja etuudet

Taloudellisista asioista sekä tuista ja etuuksista keskusteltiin lähes poikkeuksetta vain potilaan aloitteesta. Koettiin, että taloudelliset asiat nousevat harvoin vastaanotoilla esiin. Pieni osa haastateltavista kertoi ohjaavansa tukiin ja etuuksiin liittyvät asiat itse sekä kirjoittavansa tarvittavat lausunnot. Toimialueen omaa osa-aikaista sosiaalityöntekijää käytettiin verrattain vähän. Yhdessä haastattelussa nousi esiin sosiaalityöntekijän liian pieni resurssi, jonka vuoksi erikoisosaamisen systemaattinen käyttö on jäänyt pois käytännössä kokonaan. Suurin osa haastateltavista koki, että oma osaaminen ei riitä tukiin ja etuuksiin liittyvään ohjaukseen. Tästä syystä kerrottiin lähinnä jonkin etuuden olemassa olost, mutta ei esimerkiksi sen myöntämisperusteista. Yleisesti ottaen taloudellisen tilanteen selvittelyn koettiin kuuluvan oman kunnan sosiaalityöntekijälle. Yksi haastateltavista pohti taloudellisten vaikeuksien laajempaa vaikutusta:

Jos talous alkaa olee tosi huonos jamassa, ni se ihminen ei pysty enää keskittymään omaan kuntoutumiseensa

On selvää, että tällaisessa tilanteessa oleva ihminen tarvitsee asiantuntevaa ohjausta ja sen tulisi lisäksi olla helposti saatavilla.

Kuntoutuskurssit ja –jaksot

Kelan rahoittamille kuntoutuskursseille ohjattiin vain harvoin. Osa kertoi, ettei ole tiennyt Kelan järjestämistä kuntoutuskursseista, eikä näin ollen ole niille myöskään potilaita ohjannut. Yksi haastateltavista toivoi, että tieto kursseista olisi helpommin ja nopeammin saatavilla, jolloin niistä tulisi kerrottua useammille potilaille. Pääasiassa kuitenkin koettiin tai toivottiin, että tämän tyyppiset kuntoutuskurssit olisivat kokeiltuna siinä vaiheessa kun potilas tulee leikkausarvioon erikoissairaanhoidon.

Ett siinä vaiheessa ku mietitään ett potilaan asiat on siinä jamassa ett harkitaan leikkausta, niin toki me pääsääntöisesti toivottais että ne ois kokeiltu jo siinä vaiheessa

Kyl mul on jotenki semmonen tuntuma ett ihmiset on niinku vetäny ne läpi meille tullessaan

TYKS:n kuntoutusosastolle ohjattiin moniongelmaisia ja laajempaa arviota tarvitsevia potilaita. Osa kuitenkin koki ettei kuntoutusosaston resurssit vastaa tarvetta ja että jonotusajat ovat pitkiä. Yksi haastateltavista koki kuntoutuskurssien olevan hyvänä tukena muun hoidon ja kuntoutuksen rinnalla, mutta toivoi kuitenkin, että kuntoutus tapahtuisi potilaan omassa ympäristössä eikä esimerkiksi laitoksessa. Yhdistyksistä, vertaistuesta ja sopeutumisvalmennuskursseista kerrottiin selvästi kuntoutuskursseja enemmän.

8.2 Kuntoutusohjaus potilasohjauksen täydentäjänä

Kun Teema 1 aihealueet oli käyty läpi, siirryttiin Teemaan 2. Teemassa 2 pyrittiin saamaan vastauksia toiseen tutkimuskysymykseen: Millä kuntoutusohjauksen keinoilla voitaisiin edistää konservatiivisesti hoidettavan TULE-potilaan toimintakykyä ja kuntoutumista? Teemassa 2 pyysin haastateltavia kertomaan onko heidän mielestään kuntoutusohjaukselle tarvetta TULES-toimialueella ja jos on, niin minkälaista se voisi olla? Myös tässä teemassa käytin aihealueita keskustelun ohjaamiseen. Siinä tapauksessa, että kuntoutusohjaukselle ei nähty tarvetta, pyysin perustelemaan vastusta.

Kuntoutusohjauksen tarve TULES toimialueella

Haastateltavista kolme ei nähnyt kuntoutusohjaukselle selkeää tarvetta TULES-toimialueella. Taustalla oli erilaisia perusteluja. Joko kuntoutusohjaus oli jo toimivaa tai sitten vastuu tämänkaltaisesta ohjauksesta oli jo hoitoketjussa jollakin muulla ammattilaisella, esim. fysio- tai toimintaterapeutilla. Myös nykyinen toimintamalli nähtiin toimivan kuntoutusohjauksen esteenä:

Nämä ovat yhden vaivan potilaita, ainakin niitä käsitellään sillä tavalla. Ja niin kauan kun tämä malli toimii niin kuntoutusohjaukselle ei ole paikkaa

Kuntoutusohjauksen tarve nähtiin lähinnä potilailla, joilla oli laaja-alaisia TULES-vaivoja, mahdollisesti psyykeongelmaa ja jonka elämä pyörii vaivan ympärillä. Tällaisten potilaiden kohdalla konservatiivisen hoidon vaste nähtiin huonona. Huonon vasteen koettiin liittyvän usein huonoon motivaatioon. Tarvetta nähtiin myös potilailla, joilla on pitkä hoitokontakti TULES-toimialueella ja joilla ongelmat ovat laaja-alaisia. Todettiin, että suurella osalla TULE-vaiva paranee ongelmitta konservatiivisella hoidolla, mutta joukkoon mahtuu myös niitä potilaita, joilla ohjauksen tarve on suuri. Kaikki haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että konservatiivisesti hoidettava potilas vaatii enemmän vastaanottoaikaa kuin leikkauspotilas. Ohjauksen tarpeen koettiin olevan suurempi konservatiivisesti hoidettavilla potilailla kuin leikkauspotilailla.

Työnjaossa konservatiivisesti hoidettavien potilaiden kohdalla nähtiin kehitettävää. Useammassa haastattelussa nousi esiin, että ortopedin perustehtävä on arvioida leikkaustarvetta. Todettiin, että konservatiivinen hoito olisi hyvä toteuttaa siihen erikoistuneella taholla.

Kuntoutusohjauksen keinot TULES-toimialueella

Palveluihin liittyvän ohjauksen tarve nousi haastatteluissa selkeimmin esiin, erityisesti kuntoutuksen palveluihin liittyvää ohjausta ja asiantuntemusta kaivattiin. Lisäksi kaivattiin ohjausta ja neuvontaa liittyen ammatilliseen kuntoutukseen sekä etuuksiin ja taloudellisiin asioihin. Se piti sisällään myös lausuntoihin ja hakemuksiin liittyvän ohjauksen. Kuten edellä jo kävi ilmi, nähtiin kuntoutusohjauksen tarve suurimmaksi niillä potilailla, joilla on laaja-alaisia ongelmia esimerkiksi työllistymisessä, parisuhteessa ja arjen asioinnissa. Tästä syystä nähtiin tarvetta myös kokonaisvaltaiselle elämänhallinnan ohjaukselle.

Kuntoutusohjaajan toimenkuvaan voisi haastattelujen mukaan kuulua myös moniammatillisen yhteistyön koordinointi. Tällä tarkoitettiin lähinnä toimimista linkkinä esimerkiksi erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon

välillä. Kuntoutusohjaaja toimisi tiedonvälittäjänä eri ammattiryhmien välillä sekä selkiyttäisi kokonaistilanteen potilaalle. Koettiin, että TULES-toimialueella toteutettavan kuntoutusohjauksen tulisi olla tiiviissä yhteydessä perusterveydenhuoltoon, eikä toiminta saisi olla päällekkäistä.

Lisäksi haastatteluissa tuotiin esiin se, että kuntoutusohjaajan työnkuva tulisi tehdä näkyväksi. Näin muut toimialueen ammattiryhmät pystyisivät tunnistamaan potilaat, jotka siitä voisivat hyötyä. Palvelun tulisi myös olla helposti saatavissa ilman byrokraattisia rattaita.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön johtopäätöksenä voidaan lyhyesti todeta, että kuntoutukseen ja toimintakykyyn liittyvää ohjausta annetaan, mutta se on melko kapea-alaista ja joiltakin osin pinnallistakin. Osittain nähtiin tarvetta kuntoutusohjaukselle, mutta yksimielisiä sen suhteen ei oltu. Kuntoutusohjauksen sisällölliset tarpeet TULES-toimialueella kuvattiin kuitenkin melko yhteneväisesti.

Ohjauksen sisältö vaihteli melko paljon eri vastuualueiden välillä. Samoin vaihteli ohjauksen koettu tarve. Tämä selittyy osittain sillä, että hoidettavat potilasryhmät ovat vaihtelevia ja ne poikkeavat toisistaan merkittävästi. Ei voida olettaa, että pitkään selkävaivoista kärsineen henkilön tarpeet olisivat samat kuin esimerkiksi henkilön, joka on juuri satuttanut polvensa. Valtaosa vastuualueista tunnisti kuitenkin potilasryhmän, joka voisi kuntoutusohjauksesta hyötyä.

Tukea ohjaukseen kaivattiin liittyen kuntoutuksen palveluihin, etuuksiin ja taloudellisiin asioihin, ammatilliseen kuntoutukseen ja elämänhallintaan. Näillä osa-alueilla koettiin oma osaaminen riittämättömäksi. Lisäksi koettiin, että tällä hetkellä ei ole paikkaa johon ohjata tämänkaltaista apua ja tukea tarvitsevia potilaita.

Opinnäytetyön haastatteluissa kävi ilmi, että kuntoutus ja toimintakyky mielletään vahvasti lääkinälliseksi kuntoutukseksi ja fyysiseksi toimintakyvyksi. Kysyttäessä kuntoutumista ja toimintakykyä tukevan ohjauksen sisältöä, painottuivat vastaukset fyysisiin tekijöihin. Moni haastateltavista kertoi ohjaavansa liikkumiseen liittyviä rajoituksia ja vapauksia sekä kerrottiin vaivan laadusta ja konservatiivisen hoidon ennusteesta. Vain yksi haastateltavista mainitsi tässä vaiheessa ammatillisen kuntoutuksen ja yksi kertoi ohjaavansa apuvälineisiin liittyvissä asioissa. Vasta tarkentavilla kysymyksillä saatiin vastauksia mm. kivunhallintaan, elämänlaatuun, harrastuksiin sekä etuuksiin ja taloudellisiin asioihin liittyen.

Yhtä mieltä oltiin siitä, että konservatiivisesti hoidettavat potilaat vaativat enemmän vastaanottoaika kuin leikkauspotilaat. Vastaanottoaika on kuitenkin rajallinen ja se asettaa ohjaukselle tietyt rajat. Useimmiten aika koettiin riittämättömäksi konservatiivisesti hoidettavan potilaan kohdalla. Erikoissairaanhoidossa kaikki ammattiryhmät ovat erikoistuneet omaan työhönsä ja vastaanottoaika on varattu tämän osa-alueen hoitamista varten. Kovin laaja-alaisesti potilaan asioihin ei tavanomaisen vastaanottoajan puitteissa ole mahdollista perehtyä, vaikka tarve huomattaisiinkin. Koettiin, että tällaisissa tilanteissa olisi hyvä olla taho, johon potilaan voisi ohjata perusteellisempaa ohjausta varten. Selvää on, että mitä pidempi vastaanottoaika tai hoitokontakti on, sen laajempaa on myös ohjaus. Haluan korostaa, että opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä näkyväksi ohjauksen sisältö, vain tätä kautta sitä voidaan kehittää ja täydentää.

Haastatteluissa ei noussut esiin erilaisten kirjallisten ohjeiden, oppaiden ja esitteiden käyttö ohjauksen tukena. Ajattelisin, että ohjausta voitaisiin tukea esimerkiksi Kelan esitteillä, ravitsemusoppailla ja yhdistysten mainoksilla. Kaikissa tilanteissa tämän kaltainen ohjaus ei ole oikea ratkaisu, mutta joukkoon mahtuu niitäkin joille se voisi olla täysin riittävä.

10 POHDINTA

Tämä opinnäytetyö on itselleni ensimmäinen laadullinen opinnäytetyö. Kokemattomuuden vuoksi opinnäytetyön tekeminen on ollut ajoittain haastavaa. Aikaisempaa tutkimustietoa ja teoriaa olen hakenut hyvin erityyppisistä lähteistä ja hyvin monenlaisilla hakusanoilla. Täsmällisen tiedon löytäminen oli vaikeaa ja teoreettinen viitekehys rakentuikin hiljalleen opinnäytetyön kaikissa vaiheissa. Taustatietoja etsiessäni vahvistui mielikuva siitä, että toimintakyky mielletään vahvasti fyysisenä ominaisuutena. Tästä syystä oli haasteellista löytää tutkittua tietoa TULE-sairaalan kokonaisvaltaisesta toimintakyvystä. Myös haastattelut tukivat tätä teoriaa.

Aineiston keruussa haasteeksi osoittautui kuntoutusohjauksen tuntemattomuus. Vaikka olin tähän varautunut etukäteen miettimällä lyhyen kuvauksen teoreettisen viitekehysten pohjalta, olisi ongelman ratkaisua pitänyt pohtia enemmän. Haastattelujen edetessä huomasin, että parhaiten kuntoutusohjauksen menetelmät sain avattua käymällä läpi Teeman 2 aihealueet. Tältä pohjalta haastateltavien oli selvästi helpompaa pohtia, mitä ovat kuntoutusohjauksen menetelmät ja minkälaista kuntoutusohjaus voisi olla TULES-toimialueella. Olisi saattanut olla hyvä liittää kuntoutusohjauksen työnkuvaus jo opinnäytetyön tiedotteeseen, jolloin haastateltavat olisivat voineet tutustua asiaan jo ennen haastattelua. Se olisi kuitenkin saattanut johdella vastauksia tiettyyn suuntaan ja tästä syystä siitä alun perin luovuin.

10.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä tutkijan tarkalla kuvauksella tutkimuksen toteuttamisesta ja sen eri vaiheista. Kerrotaan mm. haastattelutilanteesta, haastatteluihin käytetty aika ja tutkijan oma arvio tilanteista. Tulosten tulkintaan pätee sama vaatimus. Olisi kerrottava millä perusteilla tulkinnat on esitetty ja mihin päätelmät perustuvat. Tutkimusselosteita voidaan tukea suorilla lainauksilla haastatteluista sekä samalla rikastuttaa lukijan kokemusta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 232-233.)

Viime kädessä laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä. Luotettavuuteen vaikuttavat tutkijan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Näin ollen tutkijan tulee itse arvioida luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla. Hänen tulee myös arvioida ratkaisujensa toimivuutta ja tarkoituksenmukaisuutta tutkimuksen tavoitteiden kannalta. (Vilka 2005, 158-159.)

Haastattelut tein suunnitellussa aikataulussa ja haastattelut litteroituani hävitin aineiston välittömästi asiaan kuuluvalla tavalla. Ennen haastatteluja pilotoin haastattelun teemat aihealueineen yhdellä fysioterapeutilla. Tältä pohjalta muotoilin avauskysymyksiä uudelleen sekä pohdin kuntoutusohjauksen kuvaamista haastateltaville. Uudelle pilotoinnille en nähnyt tarvetta. Haastattelutilanteet sujuivat luontevasti, keskustelunomaisesti, ilman häiriöitä. Haastattelun pituudet vaihtelivat n. 15:stä minuutista tuntiin, kuitenkin suurin osa haastatteluista kesti n. puolituntia. Valtaosa haastatteluihin käytetystä ajasta kului Teeman 1 käsittelyyn. Haastatteluissa pyrin muotoilemaan kysymykset siten, että ne eivät olisi johdattelevia. Tuloksia raportoidessani olen pyrkinyt välttämään ennakoasenteita. Tulokset olen pyrkinyt raportoimaan luotettavasti, ilman omia tulkintoja. Tuloksissa esittämiäni päätelmiä olen tukenut suorilla lainauksilla haastatteluista.

Opinnäytetyön luotettavuutta vähentää se, että tutkittava joukko oli pieni. Näin ollen yleistettävissä olevia johtopäätöksiä ei voida tehdä. Opinnäytetyön avulla saatiin kuitenkin yleiskatsaus ohjauksen sisällöstä sekä kuntoutusohjauksen tarpeesta TULES-toimialueella. Opinnäytetyössä haluttiin vastaukset koko TULES-toimialueelta eikä opinnäytetyön laajuuden (15 op) puitteissa ollut mahdollisuutta suurempaan otokseen. Jatkotutkimuksena selvittäisinkin kuntoutumista ja toimintakykyä tukevan ohjauksen sisältöä vastuualueittain esimerkiksi kyselyllä. Tällöin saataisiin myös arvokasta tietoa eri vastuualueiden välisestä vaihtelusta. Kyselylomakkeen laatimisessa voitaisiin käyttää tukena tämän opinnäytetyön tuloksia. Toisena jatkotutkimusaiheena näkisin potilaan näkökulman samasta aiheesta. Vastaako ohjauksen sisältö potilaan tarpeeseen ja kokisivatko TULES-toimialueen potilaat hyötывänsä kuntoutusohjauksesta.

Raporttia kirjoittaessani olen pyrkinyt kuvaamaan tarkasti kaikki opinnäytetyön vaiheet. Olen pyrkinyt perustelemaan tekemäni ratkaisut kaikissa eri vaiheissa. Koen,

että tekemäni ratkaisut ovat tukeneet opinnäytetyn tavoitteita ja saadut tulokset vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

10.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvän tutkimuksen tekeminen niin, että eettiset näkökohdat tulevat riittävästi huomioiduiksi, on vaativa tehtävä. On tärkeää, että eettisiin seikkoihin kiinnitetään huomiota tutkimuksen kaikissa vaiheissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 23, 27.)

Tutkimusetiikka käsitteenä voidaan rajata koskemaan vain tieteen sisäisiä asioita. Tutkimusetiikkaan kuuluvat tietyt eettiset periaatteet, normit, arvot ja hyveet. (Kuula 2006, 23.) Tutkimusetiikassa pohditaan mm. miten tutkimusaiheet valitaan. Vastuu aiheen harkitsemisessa ja valinnassa on tutkijalla. Aiheen eettiseen pohdintaan kuuluu selkeyttää se, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 129.)

Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettinen perusta löytyy ihmisarvoista. Tutkimusetiikassa puhutaan tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaa koskevista normeista. Tutkittavan suojaan liittyy tutkimukseen liittyvä tiedottaminen tavoitteista menetelmistä ja mahdollisista riskeistä, osallistuvien vapaaehtoinen suostumus, tutkimustietojen luottamuksellisuus sekä osallistujien oikeuksien turvaaminen. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 132.)

Opinnäytetyön aiheesta esitettiin toive TYKS:n TULES-toimialueelta. Toimialueella on pohdittu potilasohjausta aikaisemminkin, mutta kuntoutuksen ja toimintakyvyn näkökulma oli uusi. Opinnäytetyön aineisto kerättiin toimialueen työntekijöiltä, ja näin ollen ei tarvittu eettisen toimikunnan hyväksyntää opinnäytetyön toteuttamiselle. Tutkimuslupa anottiin TYKS:n protokollan mukaisesti ja lupa myönnettiin ilman muutospyyntöjä. Opinnäytetyön aiheeseen ei liittynyt merkittäviä eettisiä ongelmia.

Haastateltavat nimettiin TULES-toimialueen ylihoitajan, Tuija Lehtikunnaan toimesta ja opinnäytetyöhön osallistuminen oli kaikille vapaaehtoista. Kaikille haastateltaville toimitettiin hyvissä ajoin ennen haastattelua tiedote (Liite 1) opinnäytetyöstä. Tiedotteessa kerrottiin opinnäytetyön aiheesta, tavoitteista ja aineiston keruusta sekä opinnäytetyön aikataulusta. Tiedotteessa oli lisäksi opinnäytetyön tekijän yhteystiedot mahdollisia kysymyksiä varten. Kirjallista suostumusta osallistumisesta ei pyydetty. Kaikkien haastateltavien anonymiteetti on suojattu kaikissa opinnäytetyön vaiheissa ja aineisto on käsitelty luottamuksellisesti. Tuloksia kirjoitettaessa oli kiinnitettävä erityistä huomiota henkilöiden tunnistettavuuteen, sillä kyseessä on verrattain pieni työyhteisö.

LÄHTEET

Alaranta, H., Paavolainen, P. & Leirisalo-Repo M. 1994. Miten TULE-oireisen kuntoutusta voidaan edistää? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 15, 1431.

Heikkonen, S. 2005. Työryhmätyöskentely TULES-potilaan hoidon ja kuntoutuksen perustana. Teoksessa K-A. Lindgren (toim.) TULES – Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 37-45.

Heliövaara, M. & Riihimäki, H. 2005. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin www-sivut. Viitattu 16.8.2016.
<http://www.hus.fi>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Oy Yliopistokustannus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. uud. p. Helsinki: Tammi.

ICF - Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2013. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ohjeita ja luokituksia. 6. painos. Viitattu 12.2.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201303252595>

Ihalainen, J., Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K. & Vuori-Kemilä, A. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WSOY.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5. uud. p. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kallinen, M., Byring, R., Hinkka, K., Oksanen, J., Rämö, L., Ylinen, A. & Pohjolainen, T. 2015. Kuntoutus saatava paremmin osaksi hoitoa. Suomen Lääkärilehti 41, 2680-2681.

Kansaneläkelaitoksen www-sivut. Viitattu 24.8.2016. <http://www.kela.fi>

Karppinen, J., Pelto-Vasenius, K. & Pohjolainen, T. 2012. TULE-sairauksien nykyhoito tuottaa työkyvyttömyyttä. Suomen Lääkärilehti 34, 2287.

Koho, P. 2015. Fear of movement - Epidemiological and clinical evaluation in the Finnish general population and chronic musculoskeletal pain patients and relevance for rehabilitation. Academic Dissertation. University of Helsinki. Faculty of Medicine. Viitattu 25.8.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-9657-83-4>

Konsensuslausuma: Kohti parempaa vanhuutta. 2012. Gerontologia 26:1, 44-62.

Kuntoutusohjausnimikkeistö. Opas sisältöön ja käyttöön. 2010. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Kuntoutusportin www-sivut. Viitattu 7.3.2016. <http://www.kuntoutusportti.fi>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lehtikunnas, T. & Virolainen, P. 2011. Tulevaisuuden osaaminen TULES-toimialueella. Teoksessa P. Nygren & R. Nurminen (toim.) Tulevaisuuden osaaminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 37-38.

Lindgren, K-A. 2005. Selkäkipu. Teoksessa K-A. Lindgren (toim.) TULES – Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 181-208.

Mattsén, K., Mäkilä, R., Pettersson, R. & Sjögren, R. 2008. Kuntoutusohjauksen kehittäminen erikoissairaanhoidossa – haasteita ja mahdollisuuksia. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisusarja 3/2008.

Monialainen kuntoutus – tilannekatsaus. 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:18. Viitattu 15.8.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3509-09>

Mäkeläinen, P. 2009. Rheumatoid Arthritis Patient Education and Self-Efficacy. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Studies in social sciences 167. Viitattu 15.8.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1077-5>

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin www-sivut. Viitattu 16.8.2016. <http://www.pshp.fi>

Pohjolainen, T. 2005. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien yleisyys ja kustannukset. Teoksessa K-A. Lindgren (toim.) TULES – Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 12-19.

Potilashoidon vuosikertomus 2015. 2016a. Turku: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja 55/2016. Viitattu 15.8.2016. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/Potilashoidon-vuosikertomus-2015.pdf>

Potilashoidon vuosikertomus 2015 Tules (Tuki- ja liikuntaelinsairaudet). 2016b. Turku: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja 2016. Viitattu 15.8.2016. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/tules-phvk-2015.pdf>

Rajalin, H. 2016. Palveluyksikön päällikkö, kuntoutusohjaaja, Turun Yliopistollinen Keskussairaala. Turku. Henkilökohtainen tiedonanto 8.2.2016.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Sulander, T. & Pohjolainen, P. 2010. Toimintakyvyn arviointiin tarvitaan laaja-alaista näkökulmaa. Kuntoutus 1, 72-73.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. Viitattu 12.2.2016.
<https://www.thl.fi>

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja työkyvyttömyyden ehkäisy kunta-alalla. 2012. Helsinki: Kuntatyönantajat. Viitattu 12.2.2016.
<http://www.kuntatyönantajat.fi/fi/tyoelaman-kehittaminen/tyohyvinvointi/jatkaminen/Documents/tulesairaudet-ja-tyokyvyttömyyden-ehkaisy-kunta-alalla.pdf>

Valkeapää, K. 2014. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet tulevaisuudessa – mihin tulisi panostaa? Teoksessa A Kaksonen (toim.) Tules-asiakkaan parhaaksi. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulu, 164-168.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin www-sivut. Viitattu 8.2.2016.
<http://www.vsshp.fi>

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

TIEDOTE OPINNÄYTETYÖSTÄ

Opiskelen Satakunnan Ammattikorkeakoulussa Kuntoutuksen ohjauksen ja suunnittelun koulutusohjelmassa ja tämä opinnäytetyö on osa opintojani. Opinnäytetyöni toimeksiantaja on Turun yliopistollisen keskussairaalan TULES toimialue. Opinnäytetyössäni selvitän minkälaista kuntoutusta ja toimintakykyä tukevaa ohjausta TULES toimialueen konservatiivisesti hoidettavat potilaat saavat. Lisäksi selvitän voitaisiinko ohjausta täydentää kuntoutusohjauksella. Tarkoituksena on haastatella jokaiselta TULES toimialueen vastuualueelta yhtä erikoislääkärää, sekä lisäksi TULES toimialueen yhtä fysioterapeuttia ja yhtä toimintaterapeuttia. Opinnäytetyön ulkopuolelle jää Traumojen hoito, sillä se on ainoa vastuualue joka jo käyttää kuntoutusohjausta systemaattisesti.

Haastattelut toteutetaan kesäkuun aikana ja ne nauhoitetaan aineiston analyysia varten. Nauhoitteet tulevat ainoastaan opinnäytetyön tekijän käyttöön ja ne hävitetään viimeistään opinnäytetyön valmistuttua. Osallistuminen haastatteluun on luottamuksellista.

Haastattelujen avulla saadaan tietoa konservatiivisesti hoidettavan potilaan ohjauksen sisällöstä ja sen avulla ohjausta voidaan kehittää.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii lehtori Erja Leppänen (xxxxxxxxxx@samk.fi) Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyö julkaistaan syksyllä 2016, jonka jälkeen se on luettavissa Theseus ammattikorkeakoulujen opinnäytetyö- ja julkaisuarkistossa.

Osallistumisestanne etukäteen kiittäen,
Hanna Sjöblom
xxxxxxxxxx@student.samk.fi

TEEMAHAASTattelun runko

Teema 1: Ohjauksen sisältö

- henkinen hyvinvointi
- unen laatu
- kivunhallinta
- painonhallinta
- päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen
- työkyky ja työskentely-ympäristö, ammatillinen kuntoutus
- virkistäytyminen ja vapaa-aika, harrastukset
- apuvälineet
- tukiverkosto
- taloudellinen tilanne, tuet/etuudet
- kuntoutuskurssit ja -jaksot

Teema 2: Kuntoutusohjauksen keinot

- sairastumiseen tai vammautumiseen liittyvä ohjaus
- asiakkaan tilanteen selvittely ja arviointi
- palveluihin ja tukiin liittyvä ohjaus
- ammattiin ja työelämään liittyvä ohjaus
- elinympäristössä selviytymisen tukeminen
- moniammatillisen yhteistyön organisointi
- kirjallisen aineiston tuottaminen